Il sottoscritto/a …………............................………………… in qualità di Titolare del trattamento dei dati dello Studio medico …..……………………………...……….. con sede in ……………………………………….

NOMINA QUALE **RESPONSABILE** AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI  
 (personale sanitario)

il signor/a ……………………………………… nato/a a …………………………………………………………..… il ………...........…

In particolare dovrà:

a) raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali comuni e sensibili contenuti nelle cartelle cliniche, o la documentazione sanitaria necessaria per diagnosi, cura o ricerca, sia su supporto cartaceo che informatico, avendo cura che l’accesso agli stessi sia consentito solo ai soggetti autorizzati;

b) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste.

Le rammento che dovrà adottare la parola chiave riservata per l’accesso alla banca dati elettronica che dovrà essere periodicamente modificata.

Data ……………………

FIRMA DEL TITOLARE ………………………………………

per ricevuta:

FIRMA DELL’INCARICATO ………………………………………

Si allega copia del documento di identità dell’addetto (consigliabile).